

На правах рукописи

Ахмедова Айна Арифовна

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В
ПЕРИОДЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ
(ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ)**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2025

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Людмила Николаевна Горобец**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Елена Алексеевна Григорьева** – заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России;

доктор медицинских наук, профессор **Марина Антиповна Самушия** – проректор по научной работе, заведующая кафедрой психиатрии ФГБУ ДПО «Центральная Государственная Медицинская Академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Защита состоится «___» _____ 20__ г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.1.020.01 в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский переулок, д.23.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации: <https://serbsky.ru/>

Автореферат разослан «___» _____ 2025 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

М.В. Гиленко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По данным эпидемиологических исследований, заболеваемость депрессией среди женщин в 2–2,5 раза выше, чем среди мужчин (Stute P. et al., 2020). Кроме того, депрессивные эпизоды у женщин могут быть более тяжелыми и возникать чаще (Cavanagh A., 2017), при этом риск рецидива повышается (Bircusa S.L., Iacono W.G., 2007). Период менопаузального перехода является одним из наиболее уязвимых для возникновения первого аффективного эпизода либо рецидива уже имеющегося расстройства. При достижении менопаузы отмечается постепенное снижение частоты развития депрессии. Примечательно, что ни в детские годы, ни в пожилом возрасте существенных половых различий в распространенности депрессии не выявляется (Soares C.N., 2013). Таким образом, существенную роль в формировании депрессии у женщин играют нейроэндокринные механизмы, лежащие в основе физиологических изменений репродуктивной системы.

В соответствии с критериями Рабочей группы по изучению стадий репродуктивного старения (Stages of Reproductive Aging Workshop – STRAW+10), менопаузальный переход, или перименопауза, характеризуется вначале колебаниями продолжительности менструального цикла, а затем аменореей длительностью от 60 дней и более (Soules M.R. et al., 2001; Harlow S.D. et al., 2012). Поздняя перименопауза длится от 1 до 3 лет; для нее характерно повышение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), снижение уровней антимюллерова гормона (АМГ) и ингибина В, уменьшение числа антральных фолликулов. Ранняя постменопауза охватывает первые 5–8 лет с момента прекращения менструаций. На данном этапе уровень ФСГ нестабилен, а число антральных фолликулов, концентрация АМГ и ингибина В значительно снижены. К поздней постменопаузе относят оставшийся период жизни женщины.

Как правило, период менопаузального перехода начинается в среднем к 50 годам; во всем мире возраст наступления менопаузы варьирует от 40 до 60 лет (Li R. et al., 2016). Симптомокомплекс менопаузального перехода включает в себя вазомоторные («приливы», ночная потливость), урогенитальные (вагинальная сухость, диспареуния, снижение сексуальной активности), метаболические (замедление метаболизма, повышение уровней общего холестерина и липопротеинов низкой плотности – ЛПНП), соматические (представленные преимущественно болевой симптоматикой) и психические (депрессия, тревожные расстройства, нарушения сна) симптомы (Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. 2019; Gold E.B. et al., 2006; Zhang C. et al., 2020).

Известно, что в определенные периоды жизни, в том числе в течение менопаузального перехода, часть женщин более подвержена развитию аффективных и тревожных расстройств, а также нарушений сна. При этом данные нарушения могут быть связаны как с гормональными

изменениями в пери- и постменопаузальном периодах, так и с неблагоприятными жизненными событиями (Soares C.N, 2013). В частности, согласно данным ряда эпидемиологических исследований, 45–68% женщин в период менопаузального перехода сообщали о наличии депрессивных симптомов, в то время как до менопаузы симптомы депрессии отмечались у 28–31% женщин (Maki P.M., et al., 2019). Как правило, риск формирования депрессии, в особенности повторного эпизода, остается высоким и в ранней постменопаузе (Monteleone P. et al., 2018).

Клинически депрессия менопаузы представляет собой континуум, на одном полюсе которого выделяют расстройства настроения субсиндромального уровня, часто сопровождаемые конверсионной и ипохондрической симптоматикой, а на другом – тяжелые эндогенные депрессии, протекающие по типу инволюционной меланхолии (Смулевич А.Б., 2015). У женщин депрессивные симптомы, ассоциированные с менопаузой, тесно связаны с соматическими проявлениями климактерического синдрома, что на фоне тревоги может послужить основой для формирования ипохондрической симптоматики. Кроме того, для перименопаузальной депрессии характерен синдром «on-off», проявляющийся резко начинающимися и резко прекращающимися приступами тревоги и тоски, длительность которых составляет от нескольких минут до нескольких часов. Течение депрессий менопаузального перехода нередко бывает хроническим, затяжным (Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., 2019).

Наряду с аффективными нарушениями, пери- и постменопаузальный периоды сопровождаются расстройствами сна. Наиболее распространенным нарушением сна является бессонница, которая может быть первичной или вторичной по отношению к расстройствам настроения, а также к приливам, психосоциальным факторам и другим диссомниям, таким как обструктивное апноэ во сне или синдром беспокойных ног (Caretto M. et al., 2019). Большинство жалоб (66–77%), связанных с нарушениями сна, относятся ко вторичной бессоннице (Culpepper L., 2006). Национальное исследование женского здоровья (The Study of Women's Health Across the Nation - SWAN) показало, что в пременопаузальной возрастной группе распространенность нарушений сна варьирует от 16% до 42%, а среди женщин в постменопаузальном периоде – от 35% до 60% (Kravitz H.M., Joffe H., 2011).

Несмотря на то, что в литературе широко обсуждается влияние физиологических изменений, сопровождающих менопаузу, на возникновение и рецидив депрессивных расстройств среди женщин, данных об особенностях течения различных аффективных расстройств, а также связи их динамики с пери- и постменопаузой, недостаточно. Кроме того, при оценке клинко-психопатологической структуры депрессий данного периода, перименопаузальный переход и ранняя постменопауза рассматриваются как единая стадия, при том, что гормональные, нейровегетативные и метаболические изменения на этих этапах выражены в различной степени (Harlow, S.D. et al., 2012).

Выбор темы исследования, его цель и задачи обусловлены необходимостью выделения психопатологических особенностей, характерных для аффективных расстройств пери- и постменопаузы, их связи с нейроэндокринными факторами, а также определения места нарушений сна в структуре изучаемых расстройств.

Цель исследования: определение клинико-психопатологических особенностей аффективных расстройств у женщин в перименопаузальном и раннем постменопаузальном периоде и их взаимосвязи с нейровегетативными и нейроэндокринными дисфункциями.

Задачи исследования

1. Определение частоты встречаемости и клинических характеристик аффективных нарушений у пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи в возрастном диапазоне 40–60 лет.

2. Уточнение клинико-психопатологической структуры аффективных нарушений у женщин в связи с наступлением менопаузы.

3. Определение роли нарушений сна в клинической картине аффективных расстройств менопаузального перехода и ранней постменопаузы и их взаимосвязи с нейроэндокринными нарушениями.

4. Изучение особенностей нейроэндокринных, антропометрических, нейровегетативных и биохимических параметров менопаузального перехода и ранней постменопаузы у женщин с аффективными расстройствами.

5. Выявление взаимосвязи между нейроэндокринными изменениями, характерными для менопаузы, и клиническими проявлениями аффективных расстройств.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования

В данной работе впервые на современном этапе проведено комплексное исследование аффективных, диссомнических, нейроэндокринных, антропометрических и психовегетативных особенностей у женщин в периоде менопаузального перехода и ранней постменопаузы. Впервые уточнены и дополнены дифференциально-диагностические критерии аффективных нарушений у женщин в пери- и раннем постменопаузальном периоде. На основании полученных данных разработаны рекомендации по дифференциальной диагностике с учетом структуры аффективных нарушений и психовегетативных, метаболических и биохимических параметров у изучаемого контингента пациенток.

Практическая значимость исследования

Результаты исследования позволили оценить особенности структуры аффективных, нейроэндокринных, нейровегетативных и метаболических особенностей у пациенток с аффективными нарушениями в перименопаузальном и раннем постменопаузальном периоде. Были определены и дифференцированы паттерны сна, характерные для пери- и ранней

постменопаузы. Полученные в ходе данного исследования результаты могут быть использованы в практической работе врачами-психиатрами, эндокринологами и гинекологами для комплексной оценки клинико-психопатологического и эндокринологического профиля, нейровегетативных дисфункций и метаболических расстройств в сочетании с нарушениями сна с целью применения дифференцированных терапевтических подходов.

Внедрение результатов исследования в практику

Основные результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую работу клинических отделений Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина» Департамента здравоохранения города Москвы, ПНД № 7 – филиала ПКБ№4 им. П.Б. Ганнушкина, ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница им Ф.А. Усольцева». Полученные результаты могут использоваться в обучении клинических ординаторов, а также врачей-психиатров, эндокринологов и гинекологов.

Публикации и апробация результатов исследования

По результатам исследования сделано 2 доклада на XVI Всероссийской Школе молодых психиатров «Суздаль-2023». По материалам исследования было опубликовано 8 печатных работ, в том числе 6 статей в изданиях, рекомендованных ВАК России. Апробация работы проведена на заседании Проблемного совета ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России от 23.10.2024 г.

Структура и объем диссертации

Основной текст диссертации изложен на 135 страницах машинописного текста. Работа содержит введение, четыре главы, заключение, выводы, список литературы. Список литературы включает 187 наименований, в том числе 16 отечественных и 171 иностранный источник. Диссертация иллюстрирована 21 таблицей, 16 рисунками и 2 клиническими наблюдениями.

Положения, выносимые на защиту

1. У пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи в возрасте от 40 до 60 лет обнаруживается высокая частота встречаемости аффективных нарушений, наряду с нейроэндокринными, метаболическими и диссомническими расстройствами, сопровождающими менопаузу.

2. У пациенток с аффективными нарушениями в пери- и постменопаузальном периоде отмечается различия в клинико-психопатологической структуре депрессий.

3. Определенные периоды менопаузы сопровождаются специфическими дис- и парасомническими проявлениями.

4. Нейровегетативная симптоматика и метаболические проявления имеют различную частоту представленности в зависимости от стадии менопаузы.

5. Установлены характерные взаимосвязи между клинико-психопатологическими симптомами и нейроэндокринными показателями у пациенток в периоде менопаузального перехода и ранней постменопаузы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, а также ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ и ПНД №7 – филиала ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина в период с 2021 по 2023 гг. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол №33/1 от 29 марта 2021 г.).

С целью адекватного решения задач исследования работа выполнялась в виде двух отдельных разделов, для каждого из которых был предусмотрен собственный дизайн и методы исследования, соответствующие поставленным задачам.

Критерии включения:

1. Возраст 40–60 лет.
2. Наличие нарушений менструального цикла или симптомокомплекса менопаузального перехода/постменопаузы.
3. Информированное согласие на участие в исследовании (II раздел исследования).
4. Наличие текущего эпизода диагностированного аффективного либо тревожного расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10:
 - F31. Биполярное аффективное расстройство (БАР);
 - F32. Депрессивный эпизод (ДЭ);
 - F33. Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР);
 - F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР).

Критериями исключения являлись:

1. Органические заболевания ЦНС.
2. Декомпенсированные эндокринные заболевания.
3. Тяжелые формы соматических заболеваний.
4. Гормонозаместительная терапия на момент исследования.

I раздел исследования – определение частоты встречаемости аффективных расстройств у пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи

Данный раздел исследования включал одномоментный сплошной ретроспективный анализ амбулаторных карт пациенток, находящихся на диспансерном наблюдении, либо получающих консультативно-лечебную помощь на 5 территориальных участках, обслуживаемых ПНД №7 г. Москвы в 2023 г. В 2023 г. на участках числилось 715 пациентов, среди них – 364 женщины. Число женщин исследуемой возрастной группы – 121. Для исследования распространенности аффективных нарушений было отобрано 85 амбулаторных карт пациенток в возрасте от 40 до 60 лет, соответствующих вышеупомянутым критериям включения.

В процессе изучения амбулаторных карт фиксировались следующие данные: наследственная отягощенность психическими заболеваниями, длительность заболевания, сопутствующая эндокринная и гинекологическая патология, клиничко-психопатологическая структура текущего аффективного эпизода, сопутствующие нейровегетативные и метаболические нарушения. Для статистической обработки результатов применялась компьютерная программа Microsoft Excel 2010 с вычислением относительных величин в процентах, средних значений, стандартного отклонения от среднего.

II раздел исследования – основная (клиничко-психопатологическая и эндокринологическая) часть

В исследование включены 90 пациенток, проходящих стационарное лечение в Московском НИИ психиатрии – филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и ПКБ№4 им. П.Б. Ганнушкина. Средний возраст – $52,57 \pm 0,85$ лет.

Среди пациенток данной выборки нозологические формы были представлены следующим образом:

- РДР – 42,2% (n=38);
- ДЭ – 11,1% (n=10);
- СТДР – 25,6% (n=23);
- БАР – 21,1% (n=19).

По дизайну данное исследование – обсервационное, поперечное. Пациентки обследовались однократно. Группирующим признаком являлась стадия менопаузы. Первую группу составили пациентки, у которых наблюдались клинически верифицированные признаки менопаузального перехода (n=41, 45,6%); вторую группу – женщины, у которых менопауза наступила от 1 до 8 лет назад (ранняя постменопауза; n=49, 54,4%). Средний возраст в 1 группе – $48,49 \pm 5,69$ лет, во 2-й – $55,98 \pm 6,05$ лет при $p=0,001$. У пациенток 1 группы последняя менструация была $0,83 \pm 0,50$ лет назад, 2 группы – $5,17 \pm 2,74$ лет назад. Группы были сопоставимы по нозологическим категориям, а также по социо-демографическим показателям, таким как уровень образования и семейное положение. Различия в возрасте и, соответственно, социальном статусе могут быть объяснены

тем, что пери- и постменопаузальный периоды, как правило, затрагивают разные возрастные этапы (Smith D.J. et al., 2008; Harlow S.D. et al., 2012).

На момент исследования пациентки получали терапию антидепрессантами различных классов, чаще СИОЗС (сертралин, флувоксамин, эсциталопрам) и СИОЗСН (венлафаксин) в среднетерапевтических дозах. Кроме того, 34% пациенток дополнительно получали антипсихотики второго поколения (кветиапин, арипипразол, карипразин) в малых дозировках; жалоб на нейроэндокринные побочные эффекты выявлено не было.

Для оценки структуры и степени выраженности расстройств использовались следующие методы: клиничко-anamнестический; клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-эндокринологический, антропометрический, биохимический и статистический.

В исследовании применялись методики:

1. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ).
2. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D).
3. Шкала Гамильтона для оценки тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A).
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale –HADS).
5. Опросник гипомании (Hypomania Checklist-32 – HCL-32).
6. Индекс биполярности (ИБ).
7. Шкала С. Н. Хейфеца для оценки тяжести климактерического синдрома.
8. Шкала модифицированного менопаузального индекса (ММИ).
9. Индекс выраженности бессонницы (Insomnia Severity Index – ISI).
10. Питтсбургский опросник на определение качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI).

Антропометрический метод включал измерение роста, массы тела (МТ), окружности талии (ОТ) и определение индекса массы тела (ИМТ).

С целью оценки биохимических показателей у пациенток производился однократный забор венозной крови натощак. Исследовалась концентрация глюкозы и общего холестерина в крови, определялся уровень половых гормонов: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), эстрадиола, прогестерона, тестостерона. Содержание холестерина и глюкозы определяли на биохимическом анализаторе Eos-bravo (Италия). Определение уровней содержания гормонов в сыворотке крови проводилось в клинической лаборатории Московского НИИ психиатрии иммуноферментным методом. Для этого использовался набор восьмилуночных стрипов с иммобилизованными на внутренней поверхности лунок моноклональными антителами производства «АлкорБио» и фотометр вертикального сканирования Multiscan Agent («Labsystems», Финляндия). Исключение составили 11 пациенток, которые изначально

предоставили результаты исследований на определение уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, произведенных в других медицинских организациях. Все изучаемые показатели, единицы измерения и нормативные значения представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Нормативные значения изучаемых биохимических показателей крови

Показатель	Норма	Единица измерения
Глюкоза	3,3–6,1	ммоль/л
Холестерин общий	до 6,2	ммоль/л
ФСГ	менопауза – 18–153	мМЕ/мл
ЛГ	менопауза – 18,6–72	МЕ/л
Эстрадиол	менопауза – 18–64	пг/мл
Прогестерон	менопауза – 0–5	нмоль/л
Тестостерон	0,5-4	нмоль/л

Статистический анализ полученных данных осуществлялся при помощи компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 23. Вычислялись средние величины, стандартное отклонение от среднего, относительные величины в процентах. Для сравнения параметров не связанных групп с неправильным распределением применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения качественных показателей применялся критерий χ^2 . Критерием статистическом значимости считалось значение $p < 0,05$. Для исследования взаимосвязи между переменными использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена; дополнительно применялись методы линейной и бинарной логистической регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I раздел – определение частоты встречаемости аффективных расстройств у пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи. Частота встречаемости аффективных расстройств среди пациенток, наблюдавшихся в ПНД №7 ($n=85$), с установленными диагнозами, соответствующими критериям включения, составила 70,3%. Остальные 29,7% ($n=36$), наблюдавшихся с органическими и личностными расстройствами, шизофренией и шизоаффективным расстройством, не были включены в исследование.

Распространенность отдельных аффективных расстройств была распределена следующим образом:

- БАР (F31) – 7,0 % (n=6);
- ДЭ (F32) – 31,8% (n=27);
- РДР (F33) – 31,8% (n=27);
- СТДР (F41.2) – 29,4% (n=25).

Согласно результатам ретроспективного анализа амбулаторных карт пациенток, наблюдавшихся в ПНД №7, наследственная отягощенность психическими заболеваниями отмечалась у 38 пациенток (44,7%). Средняя длительность заболевания составила $6,33 \pm 2,62$ лет, длительность текущего эпизода – $2,12 \pm 0,12$ лет, что соответствует затяжному характеру течения заболевания несмотря на то, что у значительной части пациенток (31,8%) аффективный эпизод был зарегистрирован впервые. Сопутствующая эндокринная патология выявлялась у 19 пациенток (22,4%), в том числе сахарный диабет 1 и 2 типа – у 9 пациенток (10,6%), заболевания щитовидной железы – у 11 (12,9%), ожирение – у 15 (17,7%). В 29 случаях (34,1%) регистрировались сопутствующие гинекологические заболевания.

В исследуемой выборке нами было выявлено 4 пациентки, находящиеся в группе диспансерного наблюдения (4,7%), остальные получали консультативную помощь (95,3%). Вид наблюдения можно считать косвенным подтверждением тяжести течения заболевания. Так, на диспансерном наблюдении находились пациентки с тяжелыми, затяжными, хроническими психическими расстройствами, часто госпитализировавшиеся в психиатрический стационар. Несмотря на высокую среднюю продолжительность течения текущего эпизода, пациентки амбулаторного звена, как правило, сохраняли трудоспособность и возможность обслуживать себя в быту и не требовали динамического наблюдения.

Клинико-психопатологическая структура аффективных нарушений по результатам анализа амбулаторных карт представлена на рисунке 1.

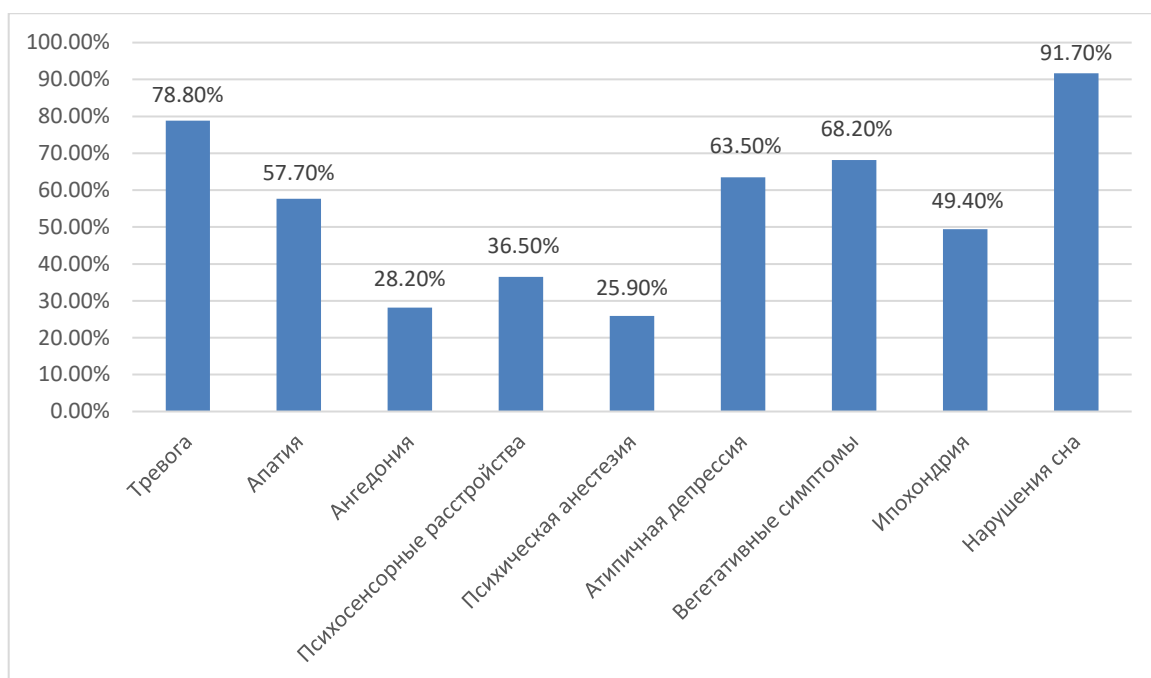


Рисунок 1 – Клинико-психопатологическая структура аффективных расстройств у пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи в возрасте от 40 до 60 лет

У большинства исследуемых отмечались следующие симптомы: тревога (78,8%), проявлявшаяся в виде мышечного напряжения, тремора, двигательного беспокойства, неусидчивости, реже – ажитации; апатия (57,7%), сопровождавшаяся жалобами на отсутствие интереса к собственной жизни, безучастность, пассивность, безразличие в отношении близких людей; соматические симптомы атипичной депрессии, такие как повышение аппетита, гиперсомния, дневная сонливость (63,5%); вегетативные расстройства – гипер- и гипотензия, тахикардия (68,2%), нарушения сна – трудности с засыпанием, прерывистый сон, ранние пробуждения, чувство разбитости после ночного сна (91,7%). Реже встречались ангедония (28,2%), психосенсорные расстройства в виде ощущений нереальности, тусклости, отдаленности окружающего мира и остановки времени (36,5%), психическая анестезия (25,9%) и ипохондрия, нередко связанная с неприятными телесными ощущениями при отсутствии соматической патологии (49,4%).

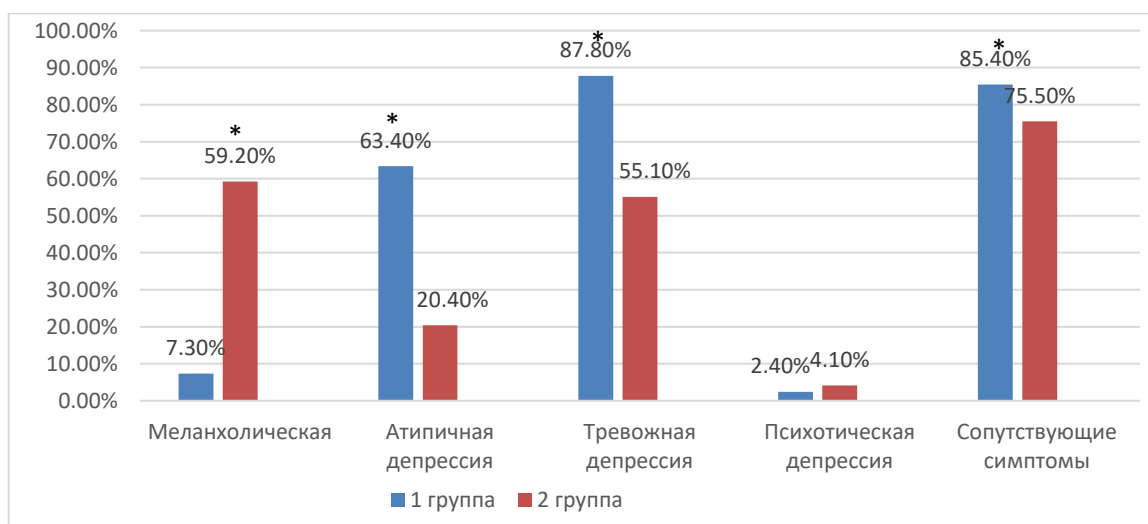
При оценке проявлений менопаузального симптомокомплекса нами были выявлены 29,4% случаев развития метаболических симптомов (избыточная МТ, боли в мышцах и суставах) и 74,1% – нейровегетативных проявлений (приливы, потливость, головокружения и т. д.).

II раздел – основная (клинико-психопатологическая и эндокринологическая) часть.

Анализ клинико-психопатологических особенностей текущего депрессивного эпизода показал, что у пациенток, находящихся в перименопаузе, преобладали признаки атипичной либо тревожной депрессии, в то время как депрессия с меланхолическими чертами чаще наблюдалась среди пациенток в раннем постменопаузальном периоде. В перименопаузальном периоде

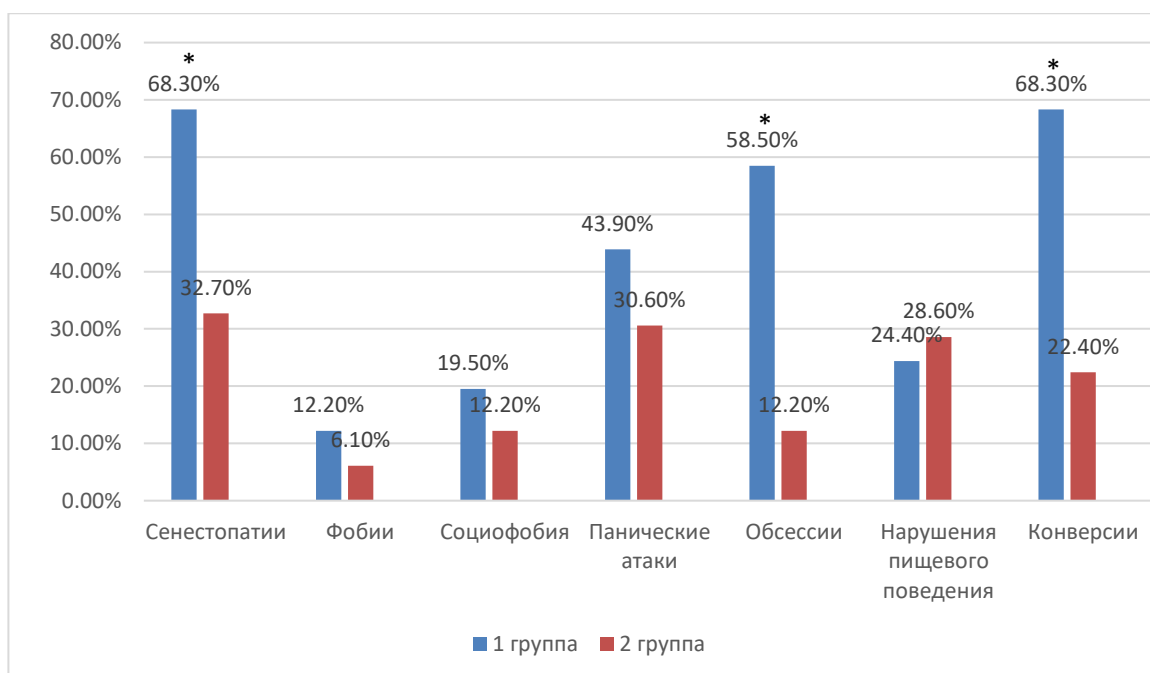
обследованные жаловались преимущественно на раздражительность, подавленность, гневливость, а также на усиление аппетита, сонливость в течение дня. Тревога у них проявлялась в виде психического возбуждения, ожидания негативных событий, трудностей с концентрацией внимания, а также в виде соматических проявлений – сердцебиения и тремора. Кроме того, нередко у пациенток данной группы обнаруживался специфичный для менопаузы синдром «on-off», характеризующийся внезапным началом и прекращением состояния тревоги и тоски. Пациентки в постменопаузе чаще сообщали о наличии у них тоскливого настроения, ощущения «душевной боли», сниженного аппетита, утраты интересов.

У пациенток 1 группы чаще регистрировалась сопутствующая симптоматика: сенесто-ипохондрическая, обсессивная, конверсионная. Уровень значимости выявленных различий - $p < 0,01$. Среди сенесто-ипохондрических проявлений пациентки отмечали болезненные ощущения, не имеющие четкой локализации, парестезии в отсутствие неврологических расстройств; пациентки часто обращались к терапевтам и неврологам. В клинической картине депрессивных эпизодов у пациенток в перименопаузе проявлялись навязчивые мысли в виде идей самообвинения, собственной неполноценности. Конверсионные расстройства носили преимущественно нестойкий характер и чаще формировались у демонстративных, либо у тревожно-мнительных пациенток в виде онемения рук и ног, потери чувствительности, причем локализация нарушений часто менялась. Клинико-психопатологические особенности аффективных нарушений у пациенток обеих групп представлены на рисунках 2, 3.



* – $p < 0,01$ (критерий χ^2)

Рисунок 2 – Клинико-психопатологические особенности депрессий перименопаузы и ранней постменопаузы



* – $p < 0,01$ (критерий χ^2)

Рисунок 3 – Клинико-психопатологическая структура сопутствующих симптомов, развивающихся в рамках аффективного эпизода

Сравнительный анализ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) также показал ряд особенностей психопатологии депрессий в пери- и ранней постменопаузе. Количественные данные по визуально-аналоговой шкале приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели визуально-аналоговой шкалы у пациенток в перименопаузальном периоде и ранней постменопаузе

Показатель ВАШ	1 группа	2 группа	p
Тревога	2,90±1,00	2,14±1,24	0,003*
Апатия	1,17±0,97	2,96±1,14	0,003*
Ангедония	1,12±1,05	2,76±1,25	0,001*
Психосенсорные расстройства	1,10±1,07	2,10±1,39	0,001*
Психическая анестезия	1,12±1,05	2,82±1,32	0,001*
Соматические симптомы атипичной депрессии	2,32±1,57	0,58±1,03	0,001*
Неприятные ощущения в теле	3,49±0,90	1,51±1,24	0,001*
Ипохондрия	0,63±1,02	3,08±1,17	0,001*

* – $p < 0,01$ (U-критерий Манна-Уитни)

Так, в перименопаузе средние показатели тревоги, соматических симптомов атипичной депрессии (повышение аппетита, сонливость в течение дня), а также неприятных ощущений в теле (боли, жар, потливость и т.д.) оказались значимо ($p < 0,01$) выше, в то время как в постменопаузе наблюдались высокие показатели апатии, отмечаемой пациентками наряду со снижением энергии, и ангедонии (отсутствие радости, интереса к окружающему), психической анестезии с утратой чувств по отношению к окружающим, а также психосенсорных расстройств в виде дереализации, изменения ощущения времени, и ипохондрии.

Результаты обследования пациенток по психометрическим шкалам отражены в таблице 3.

Таблица 3 – Психометрические показатели у пациенток в перименопаузальном периоде и ранней постменопаузе

Показатель	1 группа	2 группа	p
HADS (тревога)	12,34±4,92	9,18±4,53	0,003*
HADS (депрессия)	10,10±3,65	15,02±3,05	0,001*
НАМ-D	12,39±3,46	20,04±2,41	0,001*
НАМ-A	17,46±4,17	14,98±4,28	0,010*
HCL-32	11,95±4,15	14,14±5,42	0,065
ИБ	22,98±14,52	27,88±19,09	0,273
ISI	8,90±3,25	16,06±4,27	0,001*
PSQI	10,56±2,42	12,22±3,08	0,009*
Субъективное качество сна (PSQI-1)	1,90±0,86	1,92±0,81	1,000
Латентность сна (PSQI-2)	0,49±0,68	2,49±0,68	0,001*
Продолжительность сна (PSQI-3)	1,32±0,99	1,27±1,04	0,764
Эффективность сна (PSQI-4)	2,71±0,56	0,43±0,50	0,001*
Использование препаратов для сна (PSQI-6)	1,95±1,05	1,88±1,17	0,919
Нарушение дневного функционирования (PSQI-7)	1,71±0,84	1,61±0,93	0,637

* – $p \leq 0,01$ (U-критерий Манна-Уитни)

Так, статистически значимые различия выявлялись по опросникам тревоги и депрессии. В перименопаузе показатели по субшкале тревоги HADS и шкале НАМ-A были значимо выше по сравнению с постменопаузой ($p=0,003$ и $p=0,01$ соответственно). В то же время на этапе ранней

постменопаузы отмечались более высокие показатели по субшкале депрессии HADS и шкале HAM-D ($p=0,001$).

Анализ результатов обследования по шкалам изучения сна определил, что средний показатель индекса выраженности бессонницы (ISI) в группе женщин, находящихся в постменопаузе, значимо превышал данный показатель у женщин в перименопаузе ($p=0,001$). Общий результат по более детализированному Питтсбургскому опроснику (PSQI) также оказался выше в постменопаузе ($p=0,009$). При оценке нарушений сна по отдельным компонентам шкалы PSQI были выявлены статистически значимые различия в длительности засыпания, эффективности сна и выраженности других расстройств сна: в перименопаузе определялась более низкая эффективность сна, в то время как в ранней постменопаузе регистрировалась большая длительность засыпания и высокая частота диссомнических явлений ($p=0,001$).

Согласно результатам оценки антропометрических показателей исследуемой выборки, средняя МТ в 1 группе составила $71,06 \pm 11,51$ кг, во 2 группе – $70,38 \pm 14,59$ при $p=0,5$. Несмотря на то, что по большинству показателей антропометрии статистически значимых различий между группами пациенток обнаружено не было, необходимо отметить, что в обеих группах средние показатели ИМТ превышали норму и соответствовали избыточной МТ ($\text{ИМТ} > 25 \text{ кг/м}^2$), а средняя величина ОТ была выше 80 см, что является критерием абдоминального ожирения. Так, ОТ в среднем была равна $85,41 \pm 11,76$ см у обследованных в перименопаузе и $87,37 \pm 14,88$ см – в ранней постменопаузе ($p=0,5$). Средние показатели ИМТ в пери- и постменопаузе были равны $25,59 \pm 4,42 \text{ кг/м}^2$ и $26,28 \pm 5,71 \text{ кг/м}^2$ соответственно ($p=0,8$).

Результаты сравнительного анализа проявлений менопаузального симптомокомплекса приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Сравнительный анализ проявлений менопаузального симптомокомплекса в перименопаузе и раннем постменопаузальном периоде

Шкалы	1 группа	2 группа	p
Хейфеца	$26,95 \pm 10,84$	$25,78 \pm 8,28$	0,955
ММИ	$32,17 \pm 7,68$	$28,33 \pm 7,06$	0,032*
Нейровегетативные симптомы (ММИ)	$20,95 \pm 5,45$	$10,78 \pm 3,93$	0,001*
Метаболические симптомы (ММИ)	$1,88 \pm 1,45$	$8,55 \pm 2,89$	0,001*
Психические симптомы (ММИ)	$9,32 \pm 3,39$	$9,06 \pm 3,40$	0,723

* – $p < 0,05$ (U-критерий Манна-Уитни)

Сравнительный анализ менопаузальных симптомов по шкале Хейфеца показал, что в обеих группах средние показатели превышали пороговые, но межгрупповые различия не достигали уровня статистической значимости ($p=0,9$). В то же время среднее значение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) оказалось выше у женщин в перименопаузе, с преобладанием нейровегетативной симптоматики в виде колебаний гемодинамических показателей, головокружения, приступов удушья, «приливов», ночной потливости, тогда как метаболические симптомы (избыточная МТ, мышечно-суставные боли, сахарный диабет) оказались более выражены у женщин в ранней постменопаузе при $p=0,001$.

В таблице 5 отражены гемодинамические и биохимические показатели у пациенток в изучаемых группах.

Таблица 5 – Биохимические и гемодинамические параметры у пациенток в перименопаузе и раннем постменопаузальном периоде

Показатель	1 группа	2 группа	p
САД, мм рт.ст.	129,27±19,51	128,10±16,68	0,733
ДАД, мм рт. ст.	83,85±8,74	81,39±10,11	0,249
ЧСС, уд/мин	91,88±9,84	84,12±10,21	0,001*
Глюкоза, ммоль/л	5,24±0,97	6,22±1,36	0,001*
Холестерин общий, ммоль/л	5,84±1,48	8,48±1,65	0,001*

* – $p<0,01$ (U-критерий Манна-Уитни); САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление.

При анализе результатов лабораторного исследования и гемодинамических показателей было обнаружено, что в группе пациенток, находящихся на этапе перименопаузы, средняя ЧСС значимо превышала таковую в раннем постменопаузальном периоде ($p=0,001$). В то же время, в ранней постменопаузе средний уровень глюкозы и общего холестерина был выше ($p=0,001$), при этом средний уровень холестерина превышал нормативные значения, что свидетельствует о большей выраженности метаболических нарушений в постменопаузальном периоде.

В таблице 6 представлены результаты гормональных исследований.

Таблица 6 – Уровни репродуктивных гормонов у пациенток в перименопаузе и раннем постменопаузальном периоде

Показатели	1 группа	2 группа	p
Эстрадиол, пг/мл	71,26±81,44	24,03±19,55	0,043*

Продолжение таблицы 6

Показатели	1 группа	2 группа	p
Прогестерон, нмоль/л	2,05±2,84	1,41±1,57	0,715
Тестостерон, нмоль/л	0,73±0,57	0,68±0,42	0,903
ФСГ, мМЕ/мл	34,58±29,13	70,06±44,95	0,012*
ЛГ, МЕ/мл	18,41±16,30	30,79±23,93	0,166

* – $p < 0,05$ (U-критерий Манна-Уитни)

Из полученных данных следует, что только различия в средних значениях концентрации эстрадиола и ФСГ достигали уровня статистической значимости. Так, в перименопаузальном периоде уровень эстрадиола был выше в сравнении с постменопаузой ($p=0,043$). Напротив, уровень ФСГ был значимо выше в постменопаузальном периоде ($p=0,012$).

Оценка корреляционных взаимосвязей по критерию Спирмена, а также регрессионный анализ позволили выделить следующие закономерности. Как в пери-, так и в постменопаузе выявлена взаимосвязь степени выраженности тревоги с показателями нейровегетативных нарушений, сопровождающих менопаузу («приливы», приступы удушья, колебания АД) и показателей уровней гормонов. Влияние нейровегетативных проявлений менопаузального симптомокомплекса на проявления тревоги в пери- и постменопаузе дополнительно подтверждается данными регрессионного анализа: высокий риск развития тревоги связан с повышенными показателями нейровегетативных симптомов по шкале ММИ (ОШ=1,26, 95% ДИ:1,00-1,58; $p=0,04$), а также менопаузальных симптомов по шкале Хейфеца ($\beta=1,2$, $p<0,001$).

Высокий риск формирования тревоги также наблюдается при наличии выраженных метаболических проявлений менопаузального симптомокомплекса как в перименопаузе, так и в раннем постменопаузальном периоде, о чем свидетельствует взаимосвязь между показателями соответствующей субшкалы ММИ и шкалы тревоги НАМ-А ($\beta=2,3$, $p<0,001$).

В перименопаузальном периоде и в ранней постменопаузе повышенная концентрация ФСГ и ЛГ определяет высокие показатели тревоги по шкале НАМ-А ($\beta=0,3$ и $\beta=3,9$ соответственно, $p<0,001$). В то же время, высокие уровни прогестерона и тестостерона связаны с низким риском развития тревоги по шкале НАМ-А ($\beta=-0,6$ и $\beta=-3,2$ соответственно, $p<0,001$). В свою очередь, в постменопаузе дополнительно наблюдается положительная корреляция между показателем тревоги по ВАШ и концентрацией ЛГ ($r=0,76$, $p<0,05$) и отрицательная – между баллами шкалы НАМ-А и концентрацией прогестерона ($r=-0,57$, $p<0,05$).

Кроме того, выделен ряд факторов, связанных с риском возникновения психопатологических проявлений аффективных расстройств. В частности, в пери- и ранней

постменопаузе наряду с низкими показателями нейровегетативных проявлений, определенных по соответствующей субшкале ММИ, наблюдается высокий риск развития апатии (ОШ=0,76, 95% ДИ:0,59-1,00; $p=0,04$). Положительные корреляционные связи, обнаруженные между ангедонией и апатией ($r=0,57$, $p<0,05$), ангедонией и психической анестезией ($r=0,58$, $p<0,05$), у пациенток в ранней постменопаузе позволяют предполагать формирование общего для постменопаузы психопатологического симптомокомплекса, характеризующего аффективные нарушения данной менопаузальной стадии.

Независимо от периода менопаузы, высокая степень выраженности нейровегетативных симптомов (ММИ) связана с пониженным риском развития психической анестезии (ОШ=0,64, 95% ДИ:0,44–0,95; $p=0,04$). В перименопаузе степень выраженности психосенсорных расстройств находится в прямой корреляционной зависимости от уровня эстрадиола ($r=0,62$, $p<0,05$). Также в перименопаузе отмечается прямая корреляционная связь между уровнем ЛГ и ипохондрической симптоматикой, определяемой по ВАШ ($r=0,56$, $p<0,05$).

В то же время в ранней постменопаузе выявлена слабая прямая корреляция между показателями степени выраженности ипохондрии по ВАШ и нейровегетативными ($r=0,44$, $p<0,05$) и метаболическими ($r=0,36$, $p<0,05$) показателями ММИ, то есть высокие показатели ипохондрии соответствуют высоким показателям проявлений менопаузального симптомокомплекса. Кроме того, в постменопаузе определяются слабо положительные корреляции между показателями тревоги и ипохондрии по ВАШ ($r=0,47$, $p<0,05$), а также результатами психометрических шкал НАМ-D и НАМ-A с уровнем ипохондрии ($r=0,40$ и $r=0,38$ соответственно, $p<0,05$).

В результате оценки влияния исследуемых факторов на депрессивную симптоматику было обнаружено, что высокие баллы по шкале депрессии Гамильтона (НАМ-D) связаны с повышенными нейровегетативными ($\beta=1,6$, $p<0,001$) и метаболическими ($\beta=3,0$, $p<0,001$) показателями ММИ, независимо от стадии менопаузы. Таким образом, можно предположить, что значимым фактором риска формирования депрессивной симптоматики являются выраженные нейровегетативные и метаболические проявления менопаузального симптомокомплекса.

Оценка взаимосвязи гормональных факторов с формированием депрессивной симптоматики выявила следующее. В периоде менопаузального перехода и ранней постменопаузы высокие уровни ЛГ и эстрадиола соответствуют высоким баллам шкалы НАМ-D ($\beta=1,8$ и $\beta=0,3$, соответственно, $p<0,001$). В то же время, низкие уровни тестостерона и прогестерона связаны с высокими показателями шкалы депрессии Гамильтона ($\beta=-4,4$ и $\beta=-0,1$, соответственно, $p<0,001$) как в перименопаузе, так и в ранней постменопаузе.

Результаты оценки взаимосвязи нейровегетативных, метаболических и гормональных факторов с нарушениями сна в перименопаузе продемонстрировали умеренно положительные

корреляции величины массы тела с показателем длительности засыпания, определяемой с помощью шкалы PSQI ($r=0,42$, $p<0,05$), и другими нарушениями сна, такими как апноэ и пробуждения среди ночи ($r=0,39$, $p<0,05$), что, вероятно, обусловлено как изменением общего соматического благополучия, так и непосредственным усилением респираторных нарушений во сне на фоне повышения МТ, что согласуется с данными литературы (Baker F.C. et al., 2018). Также для перименопаузы характерна прямая корреляция между нарушением дневного функционирования (PSQI-7) и нейровегетативными проявлениями менопаузального перехода, которые оценивались при помощи шкалы ММИ ($r=0,46$, $p<0,05$). Показатель субъективного качества сна (PSQI-1) отрицательно коррелирует с концентрацией прогестерона ($r=-0,85$, $p<0,05$), что, по-видимому, обусловлено опосредованным влиянием данного гормона на бензодиазепиновые рецепторы (Deurveilher S. et al., 2013; de Zambotti M. et al., 2015).

У пациенток в постменопаузе было установлено, что степень выраженности неприятных телесных ощущений (БАШ) и нейровегетативных симптомов (ММИ) положительно коррелирует с показателем нарушения субъективного качества сна PSQI-1 ($r=0,30$ и $r=0,46$ соответственно, $p<0,05$). В свою очередь, показатели PSQI-1 (нарушение субъективного качества сна) и PSQI-7 (нарушение дневного функционирования) отрицательно коррелируют с уровнем эстрадиола ($r=-0,56$, и $r=-0,60$ соответственно, $p<0,05$). Таким образом, низкая концентрация эстрадиола в постменопаузе соответствует низкому качеству сна и функционирования в течение дня.

ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости и клиническая картина аффективных нарушений у пациенток амбулаторного звена психиатрической помощи, находящихся на этапе менопаузального перехода и ранней постменопаузы, определялась следующими особенностями:

1.1 Частота встречаемости аффективных расстройств среди пациенток в возрасте 40–60 лет составила 70,3%.

1.2 У пациенток в менопаузе диагностировались: эпизоды униполярной депрессии – как первичные (31,8%) так и повторные в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (31,8%); СТДР – 29,4% случаев; БАР – 7,0 % случаев.

1.3 В клинической картине аффективных расстройств у пациенток данной возрастной группы преобладали: тревога (78,8%), апатия (57,7%), соматические симптомы атипичной депрессии (63,5%), вегетативная симптоматика (68,2%), нарушения сна (91,7%).

2. Сравнительный анализ клинико-психопатологической структуры аффективных расстройств у женщин в пери- и постменопаузальном периоде выявил ряд различий в клинической картине аффективных эпизодов.

2.1 В перименопаузе у пациенток преобладает симптоматика атипичной (63,4%) и тревожной (87,8%) депрессии, сопровождающаяся сенесто-ипохондрическими (68,3%) и конверсионными (68,3%) проявлениями, обсессиями (58,5%), выраженными нейровегетативными симптомами в виде неприятных телесных ощущений, боли, жара, потливости.

2.2 У пациенток на этапе раннего постменопаузального периода депрессия определяется преимущественно меланхолическими проявлениями (59,2%), а в структуре текущего депрессивного эпизода преобладают апатия, ангедония, психосенсорные расстройства, психическая анестезия, и ипохондрические идеи. При этом степень выраженности аффективной симптоматики соответствует тяжелому депрессивному эпизоду.

3. В перименопаузе и ранней постменопаузе на фоне аффективных расстройств выявлены нарушения сна, выраженность и структура которых различается в зависимости от стадии менопаузы:

3.1 Для перименопаузы более характерно снижение эффективности сна.

3.2 В ранней постменопаузе определяется высокая степень выраженности нарушений сна, увеличение длительности засыпания и такие расстройства, как ночные пробуждения, апноэ во сне, кошмарные сновидения, болевые ощущения.

3.3 Взаимосвязь степени выраженности нарушений сна с нейровегетативными, метаболическими и гормональными показателями в перименопаузе определяется следующими особенностями:

а) увеличение длительности засыпания, апноэ и пробуждениями среди ночи характерны для пациенток с повышенной массой тела, а высокие показатели нарушений субъективного качества сна сопровождаются низкими уровнями прогестерона;

б) ухудшение дневного функционирования сопровождается выраженными нейровегетативными проявлениями.

3.4 В постменопаузе нарушения субъективного качества сна сопровождаются высокой степенью выраженности неприятных телесных ощущений и нейровегетативных симптомов, низкой концентрацией эстрадиола.

4. Выявлены следующие особенности нейроэндокринных, психовегетативных и биохимических параметров менопаузального перехода и ранней постменопаузы у женщин с аффективными расстройствами:

4.1 В перименопаузе нейровегетативные проявления (колебания АД и ЧСС, приливы жара, потливость и др.) отличаются большей выраженностью в сравнении с постменопаузой.

4.2 В рамках симптомокомплекса раннего постменопаузального периода преобладают показатели метаболической субшкалы ММИ (ожирение, сахарный диабет, тиреоидная

дисфункция, мышечно-суставные боли и др.), что наряду с повышенными уровнями глюкозы и общего холестерина, свидетельствует о большей выраженности обменных нарушений у данной категории пациенток.

5. В формировании аффективных расстройств у пациенток в менопаузе участвуют следующие факторы: нейровегетативные и метаболические проявления менопаузального симптомокомплекса, а также гормональные параметры.

5.1 Факторами риска развития тревоги как в пери-, так и в постменопаузе являются выраженные нейровегетативные расстройства и метаболические симптомы, а также повышенные уровни гонадотропных гормонов – ФСГ и ЛГ.

5.2 Как в пери-, так и в постменопаузе высокий риск развития апатии и психической анестезии связан с низкой степенью выраженности нейровегетативных проявлений.

5.3 Высокая степень выраженности ипохондрической симптоматики в перименопаузе соответствует повышенной концентрации ЛГ, а в постменопаузе – высоким показателями нейровегетативных и метаболических проявлений менопаузального симптомокомплекса.

5.4 В качестве основных факторов риска развития депрессии в пери- и постменопаузе выделены нейровегетативные и метаболические проявления менопаузального симптомокомплекса, а также высокие уровни ЛГ и эстрадиола.

Практические рекомендации

1. Рекомендовано проведение комплексного клинического обследования с изучением гормонального профиля, антропометрических и гемодинамических показателей у женщин с аффективными расстройствами в возрасте 40–60 лет с привлечением полипрофессиональной команды врачей (психиатра, гинеколога, эндокринолога) для адекватной диагностики и разработки оптимальной терапевтической тактики.
2. На этапе менопаузального перехода женщинам, находящимся в группе риска развития аффективных расстройств (наличие аффективных расстройств в анамнезе, в том числе предменструального дисфорического расстройства либо перинатальной депрессии; клинически выраженные нейровегетативные и метаболические симптомы менопаузы), необходимо проводить скрининг на выявление аффективной симптоматики и нарушений сна по психометрическим шкалам (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, индекс выраженности бессонницы, Питтсбургский опросник на определение качества сна), а также определять степень выраженности менопаузального симптомокомплекса по шкалам Хейфеца и Модифицированному менопаузальному индексу (ММИ).

3. Пациенткам с аффективными нарушениями, протекающими на фоне менопаузального перехода и ранней постменопаузы, требуется динамический контроль метаболических показателей (масса тела, окружность талии, индекс массы тела, уровень глюкозы и липидный профиль), которые необходимо учитывать при назначении психофармакотерапии.
4. Оценка уровней репродуктивных гормонов у пациенток, получающих психиатрическую помощь в возрасте 40–60 лет целесообразна только при наличии выраженной нейровегетативной симптоматики (приливы, потливость, жар, головокружения), а также при решении вопроса о назначении гормонозаместительной терапии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Современные представления о клинко-психопатологических и нейроэндокринных особенностях депрессий менопаузального перехода и ранней постменопаузы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т31. – №4. – С 80–87.
2. Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В., Василенко Л.М., Ахмедова А.А. Динамика уровней гормонов тиреоидной оси у больных с расстройствами аффективного спектра в процессе терапии венлафаксином // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – №2. – С 19–26.
3. Ахмедова А.А. Аффективные нарушения у женщин в перименопаузе: клинко-патогенетические особенности и методы лечения // XV Всероссийская школа молодых психиатров «Суздаль-2021». Суздаль, 23–27 сентября 2021 г. – С 39–42.
4. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Современные представления о клинко-психопатологических и нейроэндокринных особенностях депрессий менопаузального перехода и ранней постменопаузы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т32. – №1. – С 96–101.
5. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Сравнительная характеристика особенностей нарушений сна и менопаузального симптомокомплекса у женщин с аффективными расстройствами пери- и раннего постменопаузального перехода // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т 32. – №4. – С 25–30.
6. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Особенности структуры аффективных расстройств у женщин в периоде менопаузального перехода и ранней постменопаузы //

XVI Всероссийская Школа молодых психиатров «Суздаль-2023» памяти Петра Викторовича Морозова. Суздаль, 13–17 апреля 2023 г. – С 229–232.

7. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Особенности клинической картины аффективных расстройств у женщин в период менопаузального перехода и ранней постменопаузы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2024. – Т. 124. – №4. – С 75–79.
8. Ахмедова А.А., Горобец Л.Н. Менопаузальные депрессии, сопровождающиеся метаболическими нарушениями: клинические и биохимические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – Т. 34. – №3. – С. 14–22.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АМГ – антимюллеров гормон

БАР – биполярное аффективное расстройство

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДЭ – депрессивный эпизод

ИМТ – индекс массы тела

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ММИ – модифицированный менопаузальный индекс

МТ – масса тела

ОТ – окружность талии

РДР – рекуррентное депрессивное расстройство

САД – систолическое артериальное давление

СД – сахарный диабет

СТДР – смешанное тревожное и депрессивное расстройство

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

ЧСС – частота сердечных сокращений